

白河厚生総合病院セカンドオピニオン外来申込書

患者様の氏名・性別	_____ 様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
相談者の氏名・連絡先	相談者名 _____ 電 話 _____ ()
相談者	
疾患名	1. _____ 2. _____ 3. _____
相談の具体的な内容 (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
患者様の入院先または通院先	・入院中 ・通院中 ・その他 () 主治医 _____ 科 _____ 先生 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電 話 _____

*当院の医師による意見、判断を提供することにより、現在の治療に際しての参考にしていただくことを目的とし、自由診療として定められた料金であることに同意の上、上記の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印